

Crosse

1908.



SUR LA PATHOGÉNIE
DE
L'ÉRYTHÈME NOUEUX

SUR LA PATHOGÉNIE

DE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 16 Mars 1908

PAR

M. Louis CROSSE

Né à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie)

le 1^{er} Mai 1880.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE

IMPRIMERIE J. VULLIERMET

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*).
SARDA.

DOYEN.
ASSESEUR.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA.
Clinique des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (II).
Pathologie et thérapeutique générales.	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Charges de Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. libre.
Clinique gynécologique.	De ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEAMBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBÉYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUÉRIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIÈRE.	RICHE.
JEAMBRAU.	GRYNFELTT.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *Secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. GRASSET.	MM. VÉDEL.
GRANEL.	LAGRIFFOUL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie ce travail :

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je leur dois tout.

A MA TANTE,

Mademoiselle CÉLINA BRIGANDO

Hommage de ma reconnaissance et de mes
sentiments affectueux.

D^r LOUIS CROSSE.

A MON ONCLE, Monsieur MARIUS CROSSE
A MA TANTE JULIA

A MON FRERE, A MA SŒUR

A TOUS MES AMIS

D^r LOUIS CROSSE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

Respectueux hommage et sentiments de
profonde reconnaissance pour toute la bien-
veillance dont il a toujours fait preuve à
notre égard.

A TOUS MES MAÎTRES

D^r LOUIS CROSSE.

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans l'étude qui va faire l'objet de notre thèse, qu'il nous soit permis de nous acquitter de nos dettes de reconnaissance, dettes contractées à l'égard de tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous et guider nos pas dans cette carrière parfois ardue, de leurs conseils éclairés et de leur science.

MM. les professeurs de l'Ecole de Médecine de Grenoble qui furent nos premiers Maîtres, en particulier MM. les Docteurs Bordier, Porte, Girard, Deschamps, Jacquemet, Gauthier, Salva, Termier, ont droit à toute notre reconnaissance.

Nous tenons à remercier M. le Docteur Terrade qui pendant notre année d'internat à l'Asile Départemental de la Nièvre a bien voulu nous inculquer les principes de la psychiatrie.

Monsieur le Docteur Baillet, chirurgien à Orléans voudra bien recevoir ici l'expression de notre vive gratitude ; il nous a témoigné, pendant notre séjour à l'internat des Hôpitaux de cette ville, sa bonne amitié dont nous avons droit d'être fier.

L'an dernier, en arrivant à la Faculté de Médecine de Montpellier, nous avons reçu un accueil très chaleureux ; que tous nos Professeurs, que tous nos Maîtres des Hôpitaux veuillent bien croire à notre profond attachement.

Monsieur le Professeur Grasset qui nous a déjà prodigué tant de bontés, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait ; son nom restera à jamais gravé dans notre cœur, car nous ne saurions oublier les délicates attentions qu'il a eues bien souvent pour nous.

Nous manquerions à tous nos devoirs, si nous n'adressions un souvenir respectueux à la mémoire du regretté Docteur Armand Prunac, ancien interne des Hôpitaux de Lyon, qui fut pour nous un ami dévoué autant qu'un guide sûr.

Enfin, que tous nos Parents, que tous nos Amis de Grenoble et de Montpellier, veuillent croire à notre affection et à notre dévouement qui ne leur fera jamais défaut.

Docteur LOUIS CROSSE

SUR LA PATHOGÉNIE

DE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX

INTRODUCTION

L'érythème noueux est une maladie aiguë, plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte et qui se caractérise par la production de nodosités rouges, chaudes, douloureuses, pouvant siéger sur le tronc, mais s'observant surtout sur les membres, en particulier à la face antéro-interne des jambes, plus rarement aux cuisses et aux avant-bras, exceptionnellement à la face.

Le nombre des nouures est variable : souvent une seule, rarement plus de dix. Le développement des lésions est brusque et rapide ; quelques heures

suffisent pour que les nodosités caractéristiques de l'affection soient constituées.

Chaque élément est formé par une masse indurée du volume d'une noix ou d'un œuf, mal délimitée, très dure, profonde, immobile, semblant atteindre le périoste et accompagnée d'un certain degré d'infiltration du tissu périphérique qui la fait paraître encerclée d'une zone œdémateuse. Au niveau de ces lésions, la peau est rosée ou rouge avec une légère saillie perceptible au toucher, quelquefois même à la vue.

Chaque nodosité a une durée de dix à douze jours, puis la lésion s'affaisse ; la consistance de l'élément modulaire cesse d'être résistante pour devenir molle et la coloration de la peau passe du rouge au violet, au bleu, au vert, au jaune, subissant toutes les dégradations de la teinte des ecchymoses, d'où le nom d'érythème contusifforme ou dermatite contusifforme qui lui a été donné.

Pendant la durée de nos études médicales, nous avons eu maintes fois l'occasion de rencontrer dans les hôpitaux des cas d'érythème noueux ; nous avons recherché dans les différents auteurs anciens et récents les opinions émises au sujet de la pathogénie de cette maladie et nous avons trouvé cette question plongée dans une confusion parfaite. Nombreux sont les dermatologues qui rattachent l'érythème noueux à l'érythème polymorphe ; des faits de la plus haute importance sont venus actuellement modifier les opinions qui prévalaient sur la dermatite contusifforme et éclairer la maladie d'un jour tout nouveau.

Nous n'avons pas l'intention de mettre en lumière toutes les idées suggérées à des auteurs dont la science fait foi ; nous ne voulons pas non plus faire un historique

approfondi de cette question ; notre but, moins ambitieux, est de rassembler les théories éparses, de les classer, de les envisager, non point en particulier, mais en groupes, allant par ordre croissant d'importance.

Dans un premier chapitre, nous étudierons une théorie dermatologique ; dans un second chapitre, une théorie angionévrotique ; dans un troisième chapitre, une théorie rhumatismale ; dans un quatrième, une théorie infectieuse. Enfin, dans un dernier paragraphe, résumant les idées précédentes, nous chercherons à conclure que la théorie qui fait de l'érythème noueux une maladie infectieuse est celle qui semble satisfaire le plus complètement l'esprit.

CHAPITRE PREMIER

THÉORIE DERMATOLOGIQUE

« L'érythème polymorphe est, dit Comby, une maladie infectieuse se caractérisant par des éléments éruptifs variés, à base d'érythème : érythème papuleux ou noueux, érythème simple, hydroa, érythème vésiculeux, etc. »

La dermatite contusifforme serait une variété de cette affection.

Cette théorie fort ancienne a eu de chauds partisans.

Hyppocrate parle d'une fièvre épidémique dans laquelle on observe une éruption (antrakes) analogue à celle produite par une brûlure, maladie considérée par quelques commentateurs comme une variole. « Cranone
« carbunculi œstate grassabantur. Per magnos æstus
« affatim et continenter compluit idque ab austro magis.
« Sanies quidem plurima cute subnoscebatùr, quæ
« intro conclusa dum incalesceret pruriginem excitabat.
« Deinde vero in pustulas erumpebat iis affinis quæ

« in ambustis fieri solent. Tantus inerat sub cute ardoris
« sensus ut viderentur. » (De morb. vulg. lib. II.)

La science d'Hippocrate fait foi au moyen-âge, puis cette théorie est abandonnée.

En 1825, Alibert la reprend en rangeant les érythèmes avec l'érysipèle, le charbon, le zoster, le furoncle.

En 1870, Hébra séparait nettement le rhumatisme articulaire aigu de l'érythème noueux dont il faisait une affection cutanée. Hébra a si bien étudié l'érythème que certains auteurs ont proposé de l'appeler « la maladie de Hébra ».

Dans sa classification, Hébra comprend de nombreux groupes dont le quatrième *exsudations cutanées*, l'un des plus importants, se compose de :

1° Les dermatoses exsudatives aiguës contagieuses (*rougeole, variole, scarlatine*) ;

2° Les dermatoses exsudatives non contagieuses (*érythème polymorphe, dermatites, phlycténoses*.)

« L'expérience m'a appris que l'E. iris l'E. papulatum, « l'E. tuberculatum, l'E. annulaire, l'E. gyratum, sont « simplement des formes de la même maladie à ses « différentes périodes, l'aspect variant selon qu'elle est « à son début, à la dernière période de son évolution « ou à peu près disparue. Je donnerai à cette affection « le nom d'érythème multiforme. »

Hébra range également l'érythème noueux dans la seconde classe.

Depuis les leçons d'Hébra, ses élèves Pick, Lipp, Uffelmann ont publié sur l'érythème des ouvrages plus ou moins remarquables, mais les dermatologues semblent n'avoir fait qu'ajourner la solution de la question à cause même de leur idée préconçue de ne considérer

en dermatologie que la lésion locale, sans se préoccuper de ce que nous appelons la diathèse.

Kaposi continue les idées d'Hébra : « L'érythème, la roséole, l'herpès, l'urticaire, offrent entre eux tant d'analogies et se présentent sous des formes transitoires tellement variées que cliniquement, il est quelquefois difficile de ne pas les confondre les uns avec les autres. »

De Molènes Mahon formule cette opinion avec beaucoup de netteté dans sa thèse inaugurale.

Sur quoi repose cette théorie ? Sur ce principe : on rencontre des nouures dans l'érythème polymorphe.

Que vaut cette affirmation ?

Nous trouvons, il est vrai, des nodosités dans l'érythème polymorphe, mais nous en rencontrons également dans d'autres affections très différentes les unes des autres.

Richardière les a vues dans la rougeole et la fièvre scarlatine ; Thibierge, dans la fièvre typhoïde ; Comby, dans la grippe ; Moncorvo et Boigesco, dans le paludisme ; Fournier et Bés, dans les affections vénériennes. On les trouve aussi dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les streptococcies, dans la maladie Schœnlein, affection caractérisée par un léger état gastrique, des douleurs rhumatismales, musculaires, articulaires, et d'autre part par des taches rouge foncé, rouge violacé, survenant par des poussées successives, et affectant surtout les jambes.

Les auteurs que nous venons de nommer ont tous qualifié les nouures observées de phénomènes secondaires, de symptômes cutanés dépendant d'un état infectieux antérieur.

N'en serait-il pas de même pour l'érythème poly-

morphe, et les nouures observées au cours de cette affection ne seraient-elles pas aussi secondaires ?

Et si nous considérons l'évolution clinique des deux maladies, quelles différences ne trouvons-nous pas ?

Dans l'érythème polymorphe, bien plus rare que la dermatite contusiforme, nous n'avons pas, ainsi d'ailleurs que le nom l'indique, la moindre uniformité, la même allure. Le diagnostic différentiel entre les deux affections repose sur deux points : la forme des éléments éruptifs, leur localisation.

La forme des éléments est variable dans l'érythème polymorphe; on a des taches disséminées, mal limitées, rouge-brique, pâlisant sous la pression du doigt. Ces taches peuvent rester à l'état d'érythème marginé, lisse ou iris, etc., ou bien se transformer en plaques plus ou moins élevées, plus ou moins dures, dues à la confluence de petites papules primitivement isolées, on a alors l'érythème papuleux ou l'érythème tuberculeux si les papules prennent de plus grandes dimensions.

En somme, dans l'érythème polymorphe on peut avoir de tout : des taches, des vésicules, des papules, etc.

Dans la dermatite contusiforme, au contraire, on ne voit ni vésicules, ni bulles, ni macules, les nodosités sont identiques à elles-mêmes. Si on trouve des papules, « ces éléments se singularisent, dit le professeur Moussous, sinon par leur physionomie, du moins par leur siège, des papules que l'on trouve dans d'autres érythèmes ».

Quant au siège des éléments éruptifs, il est bien différent dans chacune de ces deux affections. Dans l'érythème polymorphe, la localisation se limite dans les régions découvertes : à la face, autour des yeux, sur les poignets, sur la région dorsale des mains ; l'éruption

respecte le plus souvent les jambes. Dans l'érythème noueux, au contraire, la localisation se fait surtout sur les membres, et particulièrement sur les membres inférieurs.

Quant aux analogies cliniques qui peuvent être relevées entre l'érythème noueux et diverses autres dermopathies érythémateuses, elles ont plus d'apparence que de réalité et une analyse clinique attentive et complète, c'est-à-dire basée sur l'ensemble des phénomènes propres au cas particulier, et non pas seulement sur les caractères objectifs, permet de ne pas faire la confusion.

La théorie dermatologique nous paraît insuffisante : voyons si la théorie angio-névrotique nous satisfait davantage.

CHAPITRE II

THÉORIE ANGIO-NÉVROTIQUE

Cette théorie a été défendue par Kœbner en 1869, par Lœwin en 1878. Elle est généralement adoptée par la plupart des auteurs.

Le processus érythémateux se compose en dernière analyse de dilatation vasculaire avec diapédèse et exsudation de liquide.

La dilatation vasculaire porte sur le plexus sous-papillaire et atteint aussi les vaisseaux des régions moyennes du derme ; elle est plus ou moins marquée suivant le cas. C'est elle qui détermine cette rougeur qui constitue le signe clinique capital des érythèmes, rougeur dont la disposition fréquente en forme de taches arrondies ou ovalaires s'explique aisément lorsque l'on se rappelle la distribution des vaisseaux à la surface cutanée se faisant par territoires commandés chacun par une artère afférente. Cette dilatation des canaux vasculaires s'accompagne d'issue, en dehors

des vaisseaux, de cellules et de liquide séreux. Le liquide exsudé forme un épanchement plus ou moins abondant entre les faisceaux du tissu conjonctif, siégeant surtout dans le corps papillaire ou dans l'hypoderme, car le chorion plus dense se prête moins facilement à la distension.

La diapédèse est facile à constater dans ses résultats sur les coupes des lésions érythémateuses.

Les tissus périvaseculaires sont envahis par des cellules migratrices, formées en majorité par des leucocytes polynucléaires, leucocytes dont le nombre et la disposition varient suivant les cas.

Dans les infiltrats cellulaires on trouve aussi des hématies en nombre plus ou moins considérable : elles ont profité de la diapédèse des leucocytes pour sortir des vaisseaux et elles donnent à la lésion la teinte bleuâtre, ecchymotique que revêtent les éléments éruptifs.

Voilà, en quelques lignes, ce qu'on observe dans les érythèmes. Mais, si au lieu de se passer uniquement dans le derme, ces lésions s'accroissent davantage, l'hypoderme est intéressé et on arrive aux nodosités érythémateuses.

Il n'y a plus seulement alors hyperémie, mais prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif avec présence de la fibrine dans le liquide.

Pour Lewin, Koebner, Besnier, *il n'y a entre l'érythème noueux et l'érythème polymorphe que des différences de localisation et d'intensité des lésions*. Si les lésions nodulaires passent à un degré plus avancé et s'accompagnent d'issue abondante d'hématies et si elles prédominent ou existent seules, on a l'érythème noueux.

D'après la théorie de Lewin et de Koebner, la der-

matite contusiforme comme tous les érythèmes, serait le résultat de troubles de l'innervation vaso-motrice des vaisseaux de la peau. Deux mécanismes peuvent produire des lésions semblables :

I. — La Paralysie des Nerfs Vaso-Constricteurs.

II. — L'Excitation des Nerfs Vaso-Dilatateurs.

La vaso-dilatation dit Bodin est un phénomène commun, qui, lorsqu'il est accusé et tant soit peu prolongé, peut déterminer des phénomènes exsudatifs et diapédétiques très marqués. Or ce sont précisément là les faits que nous rencontrons dans les érythèmes ; la vaso-dilatation explique donc parfaitement tout ce que l'on observe en pareil cas, mais son mécanisme intime offre une délicatesse et une complexité très grandes, que nous sommes loin d'avoir élucidées complètement.

La vaso-dilatation peut être d'ordre passif, résultant d'une paralysie des vaso-constricteurs dont l'action constante entretient le tonus normal des vaisseaux ; elle peut être, au contraire, d'ordre actif, par excitation des vaso-dilatateurs qui viennent agir comme nerfs d'arrêt, paralysant complètement l'action tonique de leurs antagonistes, les vaso-constricteurs. On admet généralement, en se basant sur les expériences de physiologie, que la vaso-dilatation est plus marquée quand elle provient des vaso-dilatateurs que quand elle est due à la paralysie des vaso-constricteurs, et on explique ce fait en disant que l'excitation des vaso-dilatateurs arrête toute l'action provenant des vaso-constricteurs, tandis que si on paralyse par section un vaso-constricteur on supprime l'action des centres situés en amont de la

section sans annihiler celle des centres situés en dessous ; mais il y a loin de ces expériences de physiologie à ce qui se passe en clinique, ou l'on constate la vaso-dilatation sans qu'il soit possible de dire quelle est son origine.

Un premier problème se pose donc en présence du phénomène de vaso-dilatation : S'agit-il d'un acte paralytique ou d'une action excitatrice des vaso-dilatateurs ?

Et presque aussitôt surgit une autre question non moins ardue à résoudre, que ce soit par un mode ou par l'autre que la vaso-dilatation se soit produite : quel est le point de départ de l'action vaso-motrice ?

L'influence primitive dont découlera la vaso-dilatation peut, en effet, se localiser sur les divers points de l'appareil nervo-vasculaire depuis son origine dans les centres nerveux jusqu'à sa terminaison dans les parois vasculaires mêmes. (Voir plus loin la note de M. Delezenne).

On sait que les principaux centres moteurs siègent dans le bulbe au voisinage de la région du *Calamus scriptorius* et qu'il existe en outre une série d'autres centres analogues dans la moelle mais ce n'est point tout, car les fibres vaso-motrices issues du bulbe ou de la moelle, traversent des ganglions et se mettent en rapport près de leurs extrémités terminales avec des cellules ganglionnaires ; or depuis les expériences de Roschansky de F. Frank, et depuis celles de Gley, il est certain que ces centres ganglionnaires périphériques sont doués d'une activité propre analogue à celle des centres bulbo-médullaires et qu'ils sont par exemple susceptibles de transformer une action sensitive centripète en une réaction vaso-motrice. Il s'ensuit

que le point de départ d'une influence nervo-vasculaire peut être variable, siégeant dans les centre bulbo-médullaires, ou, au contraire, être extra-médullaire, situé en divers points de la périphérie.

Voilà la façon dont se forment les lésions érythémateuses ; mais quelles sont les causes qui peuvent produire la dilatation des canaux sanguins par le mécanisme nerveux ?

La condition individuelle, dit E. Besnier, la disposition à l'érythème, apparaît d'emblée comme un élément important, de premier ordre, dans la pathogénie des érythèmes. Il ne saurait échapper que cette aptitude morbide est entièrement assimilable à celle que présentent les individus qui ne peuvent tolérer certains poisons, certains médicaments, certains aliments, sans avoir à la peau une irritation déterminée, toujours la même pour le même sujet, et bien plus influencée dans sa forme par l'individu que par l'aliment, le médicament ou le poison, lesquels chez d'autres intolérants, produiront des déterminations cutanées différentes.

Chez la plupart des sujets érythémateux, cette condition individuelle prédisposante est innée, faisant partie de la constitution des individus, « *constituelle* » ; souvent manifestée dès l'enfance par une aptitude particulière à toutes les dermatoses prurigineuses de cet âge, elle est alors permanente. Dans d'autres circonstances, la disposition préalable peut être acquise, et alors transitoire, développée sous l'action d'un état morbide protopathique, lequel préside à toute une série de manifestations cutanées d'ordre secondaire — *érythème multiforme secondaire* — par opposition aux érythèmes idiopathiques ou primitifs, autogènes.

La notion de la condition individuelle, prédisposante

nécessaire, n'exclut pas le rôle des causes banales ; celles-ci ne créent pas l'érythème de toutes pièces, elles mettent en jeu l'individu dans l'état de résistance inférieure qui crée l'opportunité pathologique, ou bien elles favorisent dans les appareils organiques l'évolution de l'élément pathogène. Telle l'action du froid, dont le rôle a été mis en pleine lumière par les expériences de l'illustre Pasteur, et qui se place au premier rang des causes banales de l'érythème multiforme.

Ce que l'on sait sur le rôle prépondérant de la condition individuelle dans le développement de l'érythème, permet aisément de préjuger que l'agent provocateur des troubles angio-nerveux, l'irritant du système névro-vasculaire, c'est à dire la condition pathogénique proprement dite, n'est pas univoque. Bien au contraire, variable d'ordre et de nature dans des proportions fort étendues, l'élément pathogénique peut venir à la suite d'une série d'influences d'ordre chimique dont le rôle est de toute importance.

Il peut être intrinsèque, naître à l'intérieur ou y être introduit par toutes les voies de pénétration normales, pathologiques, traumatiques.

L'action d'un irritant sur la peau, l'injection de certains médicaments, l'absorption de certains aliments, la résorption de toutes les substances septiques, toutes les inoculations virulentes, les proliférations microbiennes, les mille altérations du sang, autogènes ou autres, peuvent concourir au même résultat : provoquer l'érythème.

Pour Lœwin, certains organes ont, vis-à-vis des réflexes vaso-moteurs, une très grande réceptivité, en particulier le système uro-génital. L'érythème se produit souvent à la suite de l'irritation des vaisseaux

cutanés consécutive à un réflexe parti de l'urèthre.

Les excitations sensorielles, les influences cérébrales, les lésions nerveuses centrales médullaires, périphériques peuvent produire la paralysie réflexe des nerfs moteurs de la peau.

Ajoutons aussi que l'élément pathogénique peut être tout extrinsèque, venir du dehors et agir exclusivement sur la surface périphérique. Les expériences de Héger et surtout celles de Delezenne nous montrent que le point de départ des excitations sensitives peut même être à la surface interne des vaisseaux.

NOTE DE M. DELEZENNE

Présentée par M. MAREY à l'Académie des Sciences

« Les expériences d'Héger, celles de Stienan, Jacques, etc., ont montré qu'il existe dans la paroi interne des vaisseaux des nerfs sensitifs. Pour mettre en évidence, l'existence de ces nerfs, ces auteurs se sont bornés à étudier l'action de quelques excitants chimiques sur la paroi vasculaire.

« Ils ont observé par exemple qu'une injection de nicotine ou de nitrate d'argent dans les vaisseaux d'un organe complètement séparé du reste du corps est relié à lui seulement par ses nerfs, détermine immédiatement des modifications circulatoires réflexes, en d'autres points de l'organisme.

« Je me suis demandé si les variations brusques de la pression sanguine n'étaient pas capables d'agir sur les nerfs sensibles des vaisseaux pour produire à distance des modifications du même genre que celles observées par Héger avec les exsudats chimiques.

« Envisagée à ce point de vue particulier, la question

prenait d'ailleurs un intérêt d'une toute autre importance ; il s'agissait de savoir s'il n'existe pas un mécanisme régulateur de la pression sanguine, ayant un point de départ dans les vaisseaux et analogue à celui qui a son origine dans la paroi cardiaque et qui se fait par l'intermédiaire du nerf de Cyon. »

Pour résoudre la question on s'est servi du dispositif suivant :

Deux chiens curarisés, soumis à la respiration artificielle sont attachés côte à côte sur la même table chauffante : le chien A et le chien B.

Une injection intra-veineuse d'extrait de sangsue leur est administrée, pour permettre d'établir une circulation croisée. On fait subir au chien A la section d'un membre inférieur, à la racine ; (section au thermo-cautère de la peau, du tissu musculaire, du fémur) puis on consolide les deux fragments du fémur ; l'artère et la veine fémorale, le nerf sciatique et le nerf crural ont été laissés intacts. On pratique la ligature de l'artère et de la veine. Le tronçon n'est donc relié au corps que par les nerfs ; les vaisseaux fémoraux de B d'abord isolés sont abouchés aux mêmes vaisseaux du membre séparé de A de façon que la circulation dans le tronçon de membre se fasse avec le sang de l'animal B. Pour cela on réunit par une canule le bout périphérique de l'artère et de la veine de la patte isolée au bout central des vaisseaux fémoraux de B.

Le membre inférieur de A est irrigué par le sang de B bien qu'il soit en continuité nerveuse avec le reste du corps de l'animal auquel il appartient par le sciatique et le crural.

Dans la paroi des vaisseaux y existe-t-il des nerfs sensibles à la pression ?

Par l'excitation du bout central d'un nerf mixte ou la compression d'un gros tronc vasculaire, nous allons produire chez le chien B des modifications de pression dont on pourra lire les variations sur le manomètre métallique de Marcy relié à la carotide de ce chien.

Si ces modifications de pression sont capables d'exciter les nerfs sensibles vasculaires, elles agiront sur la paroi interne des vaisseaux de la patte isolée puisque celle-ci fait en quelque sorte partie de l'appareil circulatoire de B. D'autre part l'excitation partie de la paroi des vaisseaux de ce tronçon de membre pourra se transmettre par l'intermédiaire du sciatique ou du crural pour aller provoquer chez A des réactions vasculaires.

Un manomètre mis en relation avec la carotide du chien A va nous permettre de suivre les variations de la pression aortique chez cet animal. Si on excite, au moyen d'un courant d'induction par exemple, le bout central du nerf médian de B on obtient chez cet animal une augmentation brusque de la pression aortique. Presque au même moment, il se fait une élévation de la colonne de mercure dans le manomètre en relation avec la carotide du chien A.

Il est évident que l'ascension manométrique observée chez l'animal A ne peut s'expliquer que par le mécanisme réflexe dont le point de départ a son siège dans la paroi des vaisseaux de la patte isolée et dont la mise en jeu a été l'excitation des terminaisons sensibles vasculaires par la variation brusque de pression qui s'est produite dans le tronçon de membre.

*Travaux du Laboratoire de Physiologie de
l'Université de Montpellier.*

Voilà, en quelques mots, les principes sur lesquels

s'appuie la théorie de Lewin. Cette théorie nous explique l'apparition des nouures, la plus ou moins grande durée des phénomènes locaux qui l'accompagnent, mais elle ne rend pas compte des troubles généraux : Fièvre d'intensité variable, courbature, arthralgie, angine pharyngée, troubles gastro-intestinaux.

Cette théorie nous paraît donc incomplète. Nous allons étudier dans un troisième paragraphe la théorie qui fait de l'érythème noueux une affection rhumatismale.

CHAPITRE III

THÉORIE RHUMATISMALE

Longtemps on a considéré cette dermatose comme d'origine diathésique. Sa coïncidence fréquente avec les arthropathies avait conduit à en faire une manifestation rhumatismale.

Déjà, Galien, Celse, Arétée, Planta, etc., notent la coïncidence des exanthèmes et des impétigines avec les douleurs articulaires. « *Cuten totiusque corporis* »
« *partes exagitant lepra, psora, alphos albus, alphos* »
« *niger, leuce, impetigo simplex, impetigo agrestis,* »
« *papulæ, pustulæ, etc., quædam horum ex podogra* »
« *et articulari morbo, quædam ex sese oriuntur (Gal-* »
« *lien, de cutibus affectibus)* ».

Au xvi^{me} siècle, Baillou est frappé de l'apparition d'éruptions très variées survenant en même temps à la fin du rhumatisme articulaire aigu qu'il avait le premier différencié de la goutte.

Plus tard, Sydenham décrit plusieurs variétés d'érythèmes arthritiques.

Bazin donne des différents érythèmes une description remarquable, mais les range parmi les arthritides, mettant sur le compte de la diathèse tous les accidents locaux et généraux observés. Pour lui, l'érythème papuleux est une arthritide sèche érythémateuse ; l'érythème noueux, une arthritide pseudo-exanthématique érythémateuse.

L'érythème noueux, syndrome de la diathèse rhumatismale, voilà la théorie la plus ancienne.

C'est aussi celle que l'on trouve dans les descriptions de Barthéz (1802), de Schœnlein (1829), de Rayer (1835), qui l'appelle fièvre rhumatismale éruptive ; de Bouillaud, mais surtout de Begbie qui, dans un mémoire adressé à la Société royale de médecine d'Edimbourg, en donne une belle description.

Ferrand, dans sa thèse inaugurale, accorde aux éruptions noueuses le caractère rhumatismal.

Siredey se basant sur quelques cas où l'érythème noueux s'est montré chez des malades à antécédents rhumatismaux, en particulier sur deux observations qu'il donne dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie, conclut de la façon suivante :

« De nos deux observations, il résulte que pendant
« l'évolution de l'érythème noueux sur la continuité des
« membres, plusieurs jointures ont été le siège d'une
« vive douleur. Or, il ne s'agissait point de douleurs de
« voisinage, dues à la confluence de l'érythème autour
« des articulations. Nous ferons remarquer, en effet,
« que chez nos malades, l'éruption était surtout con-
« fluente au niveau des genoux et des coudes, tandis
« que les douleurs articulaires se faisaient principale-

« ment sentir au niveau des articulations des cou-
« de-pied et des poignets. D'autre part, on ne confon-
« dra pas les douleurs articulaires avec les douleurs
« vagues, mal déterminées, peu connues dans leur
« essence comme dans leur siège auxquelles, en raison
« de quelques points de ressemblance avec le rhuma-
« tisme, on a donné le nom de *douleurs rhumatoïdes*.
« Ces dernières existent sans changement de colora-
« tion ni de volume des parties affectées, et elles sont
« spontanées plutôt qu'exaspérées par la pression et
« les mouvements. Or, ici, nous constatons une rou-
« geur manifeste de la peau qui recouvre l'articu-
« lation douloureuse ; il existe, en outre, une tuméfac-
« tion due à un épanchement de sérosité intra-articu-
« laire, les mouvements volontaires, les mouvements
« communiqués et la pression même la plus légère
« exaspèrent tellement la souffrance que celle-ci arrache
« des cris. Nous invoquerons aussi l'augmentation de
« la température, la fièvre concomitante, la durée éphé-
« mère pour ainsi dire des manifestations morbides du
« côté des jointures, pour établir que, chez nos ma-
« lades, il s'agissait bien d'une inflammation réelle
« et non pas seulement de douleurs *rhumatoïdes*.
« Etudions maintenant la durée de ces arthrites. Les
« commémoratifs et les circonstances dans lesquelles
« elles sont survenues chez des malades au lit depuis
« plusieurs jours ne permettent pas de les rattacher à
« un traumatisme. Ces arthrites sont donc de cause
« interne.

« Mais à quelle influence pathologique devons-nous
« les rattacher ? On ne peut discuter l'influence de la
« blennorrhagie qu'à l'égard d'un sujet, le premier
« malade étant hors de cause. Or, il n'existait chez ce

« malade ni écoulement vaginal ou urétral. Je me
« borne à rappeler que, chez lui, la pluralité des arti-
« culations envahies, l'absence d'empâtement péri-
« phérique et la rapidité de la résolution ne per-
« mettent pas de s'arrêter plus longtemps à cette hypo-
« thèse.

« La syphilis y est toujours étrangère, malgré le
« chancre dont nous avons constaté l'existence. Si nous
« avons cru un instant, à cause de l'induration sur
« laquelle reposait l'ulcération, à un chancre infestant,
« les caractères d'acuité présentés par l'inflammation
« des ganglions inguinaux et leur suppuration ne de-
« vaient pas longtemps entretenir notre erreur. D'ail-
« leurs, nous avons surveillé attentivement notre ma-
« lade depuis quatre mois et elle ne présente encore
« aujourd'hui aucun signe de syphilis secondaire. Nous
« ajouterons que l'arthralgie syphilitique ne s'accom-
« pagne ni de rougeur, ni de tuméfaction des articula-
« tions, et que son apparition est le prélude d'éruptions
« cutanées qui ont fait ici complètement défaut. Par
« conséquent, la syphilis n'est pour rien dans la pro-
« duction des arthrites multiples présentées par cette
« malade.

« Si maintenant nous tenons compte de l'influence de
« l'hérédité, des antécédents pathologiques, de l'apparition spontanée des fluxions articulaires, de la courte
« durée et de la mobilité de la rougeur, du gonflement
« et de l'épanchement articulaire ; si enfin nous
« rappelons l'endocardite survenue dans un cas, nous
« trouvons un ensemble de caractères qui nous
« autorisent à affirmer la nature rhumatismale de ces
« arthrites.

« Nous avons donc établi ce premier point, c'est à

« dire qu'un rhumatisme articulaire vrai a coïncidé
« chez ces malades avec une éruption d'érythème
« noueux.

« Mais notre but ne consiste pas seulement à montrer
« la coïncidence de l'érythème noueux et du rhumatisme ;
« nous allons essayer de prouver que *l'éruption et*
« *l'arthrite* sont de nature identique et subordonnées
« l'une et l'autre à la diathèse rhumatismale.

« Que penserait-on du médecin qui verrait une
« simple coïncidence entre l'éruption de la rougeole
« et l'inflammation des muqueuses oculaire, nasale,
« pharyngo-laryngée, trachéale et bronchique ? Qui
« pourrait croire à une simple succession d'états
« morbides différents entre l'angine primordiale,
« l'éruption de la scarlatine, et l'albuminurie consé-
« cutive ? Faudrait-il aussi n'admettre qu'une simple
« coïncidence entre le rhumatisme articulaire et l'in-
« flammation des séreuses du cœur, et reconnaître que
« le professeur Bouillaud a commis une hérésie
« pathologique en établissant avec la loi de la coïnci-
« dence celle de l'identité de nature de l'arthrite
« rhumatismale avec l'inflammation du cœur et de ses
« enveloppes ? Dès lors, comment peut-on se refuser à
« admettre que l'érythème noueux, survenant comme
« dans nos observations, chez des sujets prédisposés au
« rhumatisme coïncide ou alterne avec des arthrites
« compliquées d'endocardite sans que cette éruption
« ait une connexion intime, une parenté étroite et une
« identité absolue de nature avec le rhumatisme ?
« D'ailleurs, nous pouvons encore invoquer plusieurs
« particularités des caractères de cette éruption en
« faveur de sa nature rhumatismale. En effet,
« l'érythème noueux se fait par poussées successives,

« de même que le rhumatisme envahit les articulations
« une à une et successivement.

« En outre les premières plaques apparues entrent
« en résolution, quand d'autres surgissent, comme une
« jointure, vivement affectée, devient moins doulou-
« reuse quand une autre est envahie. L'éruption se fait
« sur les membres, et elle est surtout confluyente au
« niveau des jointures, qui sont le siège de prédilection
« du rhumatisme. Enfin malgré le volume et la dureté
« de cet érythème, présentant, en certains cas, une
« induration et un volume qui le font ressembler à
« l'anthrax, jamais cependant ces noyaux ne suppurent
« et, comme les épanchements articulaires du rhuma-
« tisme franc, toujours ils entrent en résolution complète.

« Pour toutes ces raisons, nous croyons donc que
« chez nos malades l'érythème noueux a fait mieux
« que coïncider avec des douleurs rhumatoïdes, mais
« qu'il a été accompagné d'arthrites véritable, et, qu'à
« ce titre, il nous paraît être de la même nature que les
« manifestations morbides articulaires, c'est-à-dire
« subordonné comme ces dernières à *la diathèse*
« *rhumatisme.* »

Que valent ces arguments ? Il est incontestable
que l'érythème noueux se rencontre chez des rhumati-
sants ; mais il s'observe aussi chez des sujets n'ayant
aucune tare constitutionnelle.

Les partisans de la théorie rhumatismale s'appuient
sur les considérations suivantes :

1° Le rhumatisme existe le plus souvent dans les
antécédents personnels ou héréditaires des malades.

2° Il s'accompagne souvent de fièvre, de pâleur, de
douleurs articulaires et musculaires.

3° Il se complique fréquemment comme le rhumatisme de pleurésie, de pneumonie, d'endocardite, de péricardite.

4° Il cède souvent au traitement du rhumatisme (alcalins, salicylate de soude, quinine).

5° Il est fréquent chez les femmes ayant des troubles menstruels, ce qui confirmerait l'opinion de Tood, Rigby et Martineau sur les connexions intimes des lésions utérines avec les affections rhumatismales.

Nous croyons facile de réfuter une à une chacune de ces propositions.

Il est incontestable que l'érythème noueux se rencontre chez des rhumatisants; mais il s'observe aussi chez des sujets n'ayant aucune tare constitutionnelle.

Gailleton a rencontré 24 fois le rhumatisme sur 35 cas d'érythème noueux observés, Ferrand 13 fois sur 22 ; Paulouch qui a fait une belle étude de la dermatite contusiforme se base sur 68 observations et a vu cette affection presque toujours chez des sujets indemnes de toute hérédité rhumatismale. Drivon a constaté 10 fois de l'érythème sur 93 malades atteints de rhumatisme.

De même Rousseau a constaté, dans un grand nombre de cas, des antécédents rhumatismaux soit lointains, soit sans rapports directs avec la fièvre érythémateuse.

« Il a aussi observé des faits dans lesquels l'observateur était contraint de se rabattre sur des conditions
« peu précises d'humidité et de refroidissement, pour
« que, l'érythème étant apparu dans des circonstances
« analogues à celles qui président à l'éclosion du
« rhumatisme articulaire aigu, ces deux affections
« fussent une fois de plus rapprochées ».

Quant aux manifestations tant articulaires et fébriles que viscérales, observées dans le cours de l'érythème,

si nous relisons les observations publiées par les partisans de la doctrine rhumatismale, nous constatons que les arthropathies ne sont jamais assez nettes pour justifier leur prétention au titre de manifestations rhumatismales.

Il est en effet facile de se convaincre que ce ne sont pas des douleurs rhumatismales vraies, mais bien des douleurs *rhumatoïdes*, des douleurs atténuées, qui selon la comparaison de Goulaud sont aux douleurs du rhumatisme vrai comme le petit mal est au grand mal. Le Professeur Bouchard a bien montré quelle différence considérable il y avait entre les douleurs du rhumatisme et celles de ce qu'il a appelé le *pseudo rhumatisme*.

Comby, parlant de l'érythème noueux, déclare que les lésions viscérales de la série rhumatismale (endocardite, péricardite, arthrite) s'observent dans la plupart des maladies infectieuses, dans les fièvres éruptives notamment. Les complications viscérales ne sont point comparables, comme fréquence, à celles que l'on voit dans le rhumatisme. Dans la statistique de Paulouch, qui, à cet égard, porte sur 47 cas, les manifestations cardiaques se sont produites deux fois seulement. Dans les observations de Rousseau caractérisées par des douleurs articulaires assez vives, il n'y avait pas non plus de troubles cardiaques. Nous avons réuni, dans les différents services hospitaliers que nous avons fréquentés, quelques observations d'érythème noueux ; nous n'avons pas toujours trouvé des complications viscérales.

Combien différents à cet égard est l'influence du rhumatisme... Tel malade qui présente à peine quelques douleurs vagues, ne le gênant en rien pour sa vie habituelle, peut avoir une endocardite ou une péri-

cardite : « C'est ce qui explique, dit Marfan, qu'on a pu décrire une endocardite ou une péricardite rhumatismale sans déterminations articulaires ».

Pour affirmer la nature rhumatismale de l'érythème noueux, quelques auteurs, Laveran, Rendu, Molière, etc., se sont appuyés sur les bons résultats obtenus par le salicylate de soude, la quinine ou par les eaux sulfureuses. Ces résultats sont peu concluants.

« La fièvre, dit le professeur Rondot, n'est nullement modifiée ». Des essais ont été faits dans le service de Comby, la thérapeutique a toujours été d'une efficacité douteuse. Nous avons constaté certains cas dans lesquels la maladie a évolué sans être influencée en quoi que ce soit par le traitement.

« Il est reconnu de tous les cliniciens que l'érythème
« noueux évolue dans un laps de temps, toujours à
« peu près le même, sans être guère influencé par la
« médication salicylée qui amène si rapidement la chute
« de la fièvre et calme si bien les douleurs dans le
« rhumatisme ». (Rousseau).

Enfin, les troubles menstruels ne paraissent pas avoir sur l'érythème noueux une influence aussi marquée ; nous avons vu que Lewin les invoque à l'appui de la théorie angio-névrotique.

Un argument encore qui ne plaide pas en faveur de la théorie rhumatismale est tiré de l'action antispécifique de l'iodure de potassium. Villemin vit chez onze malades, après l'administration de ce médicament tous les symptômes de la maladie s'amender en 24 ou 48 heures ; la fièvre s'abaissait, l'érythème pâlisait, les douleurs articulaires disparaissaient. L'érythème ne semble donc pas relever de l'infection rhumatismale à

laquelle on ne reconnaît pas jusqu'ici l'iodure de potassium comme anti-spécifique.

Comme les théories précédentes, la théorie rhumatismale ne nous donne pas entière satisfaction.

Nous allons voir dans le chapitre suivant, si la théorie qui prévaut aujourd'hui et fait de l'érythème noueux une fièvre éruptive nous satisfait davantage.

CHAPITRE IV

THÉORIE INFECTIEUSE

Cette théorie n'est pas nouvelle, mais elle est loin d'être acceptée par tous les auteurs actuels.

L'érythème nouveau est une maladie spécifique, infectieuse ; c'est une fièvre éruptive analogue aux fièvres éruptives de l'enfance.

D'abord par qui cette affirmation a-t-elle été soutenue ?

Si nous examinons les opinions émises par les auteurs avant l'introduction dans la science de la notion des maladies infectieuses, nous voyons que beaucoup d'entre elles se rapportent à la nôtre. Ce sont celles qui rattachent l'érythème aux fièvres éruptives.

Cruveilhier, Chomel (th. de Paris 1812-1813), Vigla (Bulletins de la Soc. méd. des hop.), Tardieu (Traité de pathologie médic.), Grisolet n'admettent aucune relation précise entre l'érythème et le rhumatisme.

Rayer, Devergie rapportent l'observation de malades chez lesquels l'érythème noueux fut accompagné de symptômes typhoïdes, mais ils ne font suivre ces faits d'aucun commentaire. (*Observation II^e*).

Trousseau, dans ses *Cliniques*, proclame la spécificité de l'érythème noueux, « qui, dit-il, n'est pas plus une « variété de l'érythème que la variole n'est une variété « de l'ecthyma, bien que, considérée isolément, la pustule variolique ressemble souvent à s'y méprendre, « à une pastule d'ecthyma ». Et plus loin, « les symptômes généraux qui accompagnent l'érythème noueux « ne sont pas plus sous la dépendance de l'affection « locale de la peau que la fièvre prodromique de la variole ou de la rougeole n'est sous la dépendance de « l'éruption qui va se faire ».

En 1861, Moriceau place la dermatie contusiforme à côté des fièvres éruptives.

En 1862, Ferrand insiste sur le caractère fébril que peut revêtir cette affection.

En 1874, Blache et Révillaud signalent les températures élevées, rencontrées au cours de l'érythème noueux.

En 1882, le professeur Rondot l'appelle érythème fébrile.

En 1883, Talamon le décore du nom de fièvre spécifique, et déclare la maladie analogue aux fièvres éruptives. Dans une observation publiée dans le *Progrès Médical* (1883) par Sée et Talamon, ces auteurs déclarent que l'érythème noueux fièvre spécifique, n'est pas une manifestation cutanée du rhumatisme, mais une éruption généralement bénigne, mais pouvant, comme les fièvres éruptives, se compliquer d'accidents pleuropulmonaires.

En 1886, Hardy rapproche également la dermatite contusiforme des pyrexies exanthémateuses.

Comby reste fidèle à ces idées : « l'érythème noueux » dit-il, dans son traité des maladies de l'enfance, pré-sente plutôt les caractères d'une fièvre éruptive, « d'une maladie parfaitement autonome ». Puis, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris dans une discussion avec Olivier, Rendu, Millard, « l'érythème » noueux est une entité morbide, indépendante du « rhumatisme et doit être rangée parmi les maladies infectieuses ».

Paulouch et Roussseau, dans leurs thèses, partagent également cette opinion.

L'érythème noueux est une variété de fièvre éruptive.
Voilà donc la théorie qui semble prévaloir.

Pourquoi ?

1° Parce que sa physionomie clinique est identique à celle d'une fièvre éruptive ;

2° Parce que, comme celle-ci, c'est une affection épidémique et contagieuse.

Ce sont ces deux points que nous allons essayer de démontrer.

I. — ÉTUDE CLINIQUE

Dans les fièvres éruptives, il est d'usage d'admettre quatre périodes successives :

1° L'incubation, qui correspond au développement de l'agent pathogène ;

2° L'invasion, qui indique le début de la réaction de l'organisme ;

3° L'éruption, ou période d'état, pendant laquelle la maladie reste stationnaire, ne présentant que quelques

oscillations, plus ou moins marquées, d'aggravation ou d'amélioration ;

4° La desquamation ou période de convalescence.

Nous observons cette même succession dans l'érythème noueux.

La période d'incubation, qui est le laps de temps qui s'écoule entre le moment où le germe morbide est déposé dans un tissu et celui où éclatent les premiers symptômes, locaux ou généraux, de la maladie paraît être dans l'érythème noueux, d'après le professeur Moussous, d'une dizaine de jours. Cette durée nous semble un peu exagérée ; le début se fait ordinairement d'une façon plus brusque, mais n'oublions pas que les incubations peuvent être, dans des proportions très considérables, soit abrégées, soit prolongées.

L'invasion se fait d'une façon soudaine. Les troubles généraux portent d'abord sur le système nerveux : courbature, céphalalgie, incapacité de tout travail cérébral ou musculaire ; le malade a la langue saburrale, quelquefois de la diarrhée. On observe aussi de l'angine, mais sans caractère. Souvent, l'invasion est excessivement brusque ; les phénomènes nerveux sont d'emblée intenses et inquiétants ; c'est ainsi que Rilliet, Barthez, Comby, ont pris l'érythème noueux pour une méningite, une fièvre typhoïde. En même temps les douleurs se montrent. Générales d'abord, elles se localisent, siègent dans la continuité des membres, dans les articulations, assez exactement, dit le professeur Rondot, à l'endroit où apparaîtra l'exanthème. Elles précèdent l'éruption de deux ou quatre jours. La fin de la période d'invasion est enfin marquée par une température de 38, 39, 40 degrés.

Ces phénomènes prémonitoires, qui durent environ une semaine, dénotent bien l'arrivée dans l'organisme d'un germe infectieux.

N'en est-il pas de même dans les fièvres éruptives. Et, à part le catarrhe oculo-nasal, caractéristique de la rougeole, sauf l'angine, si fréquente dans la fièvre scarlatine, tous les autres symptômes prodromiques des pyrexies exanthémateuses ne se rencontrent-ils pas ? Ne trouvons nous pas cet embarras gastrique du début qui fait souvent hésiter le clinicien sur le diagnostic à poser, et cet abattement, indice d'une profonde infection.

Mais les ressemblances entre les deux états pathologiques s'accroissent encore avec l'éruption.

Dans la dermatite contusiforme, les éléments éruptifs débutent presque toujours par la face antérieure des jambes, d'une façon à peu près symétrique, siégeant le long des crêtes tibiales, se cantonnent dans cette région, atteignent quelquefois le cou-de-pied, l'articulation du genou, régions autour desquelles ils aiment à se fixer. Ils respectent en général, la face, le tronc, pour demeurer avec prédilection sur les membres. Ce siège de prédilection n'existe-t-il pas dans les fièvres éruptives ! Voilà la rougeole, avec son éruption, qui débute toujours par la face pour se propager successivement au tronc et aux membres ; la scarlatine, qui commence au contraire par le tronc, les plis des membres, et qui s'y cantonne, touchant légèrement la face.

Dans les fièvres éruptives, l'exanthème n'apparaît pas d'un seul coup en une poussée unique, pour s'en aller de même. Mais il se montre peu à peu, par étapes successives, pâlisant d'un côté pour augmenter d'intensité d'un autre, et c'est après ces poussées diverses qu'il passe définitivement.

De même, dans l'érythème noueux. Les nouures ne se montrent pas d'emblée, dit Paulouch, sur tous les points qu'elles doivent occuper. L'éruption qui, aujourd'hui siège sur les bras, prédominera demain sur les jambes, ou bien inversement. Et Paulouch cite plusieurs observations, celle d'une jeune fille en particulier chez qui il a vu de nombreuses poussées successives (Observation III^e).

On sait que dans les fièvres éruptives l'éruption apparaît discrète ou confluyente, suivant le plus ou moins d'intensité de l'affection. Il en est de même dans la dermatite contusifforme ; on peut observer deux, trois, quatre éléments éruptifs sur chaque jambe, ou bien, au contraire, les trouver si rapprochés les uns des autres qu'ils se confondent par leurs bords.

Ces éléments éruptifs sont constitués par des taches rouges, arrondies, faisant relief à la peau. Leurs dimensions sont comprises entre la grosseur d'une lentille et celle d'une noix, leur contour est indécis. Au toucher, leur relief est plus accusé qu'à la vue ; on sent comme des masses indurées s'enfonçant dans le derme, et mobilisables sur le plan aponévrotique.

Il en est ainsi dans les diverses fièvres éruptives, où chaque élément a ses caractères particuliers : tache rosée pour la rougeole, papules pour la fièvre scarlatine, etc. Un fait encore commun aux fièvres éruptives et à la dermatite contusifforme est la marche de la température. Dans telle pyrexie, la température parcourt trois étapes bien nettes ; elle s'élève progressivement au début de l'affection, atteint son acmé avec l'éruption reste quelque temps stationnaire, décline ensuite peu à peu. Dans l'érythème noueux pareille chose se produit. La fièvre qui était au début de 37°,5 ou 38° monte à

39°, 40°, reste élevée tant que dure l'éruption des nodosités, c'est-à-dire deux ou trois jours à peine, pour retomber à la normale au moment où ces dernières se ramollissent et entrent en voie de regression. La fièvre coïncide donc avec l'apparition des nouures, et elle suit si exactement celles-ci qu'elle augmente brusquement d'intensité toutes les fois qu'une nouvelle poussée exanthématique se produit. Ce phénomène encore s'observe couramment dans les fièvres éruptives.

Enfin, au bout d'un certain temps, les nodosités deviennent plus souples et disparaissent peu à peu. La période éruptive de l'érythème noueux ne dure, en général, pas plus de quinze jours à trois semaines. C'est bien aussi le temps observé dans les pyrexies exanthémateuses en général.

Le passage de la période éruptive à la période de convalescence se fait dans la dermatite contusifforme d'une manière insensible. La fièvre est tombée depuis quelques jours, on ne voit plus paraître de nodosités, l'appétit renaît, l'état général s'améliore. A la place des nodosités, on rencontre une teinte ecchymotique, témoignant de l'exanthème disparu. On voit aussi une légère desquamation furfuracée, signalée par Tood, Hardy, Moriceau, Marès, Moncorvo.

La convalescence se fait relativement vite, mais il subsiste longtemps une anémie intense. L'éruption effectuée, disent Rilliet et Barthez, très souvent la pâleur du début augmente et il s'y joint de l'essoufflement, des palpitations, quelquefois même des accès fébriles, et le stéthoscope fait entendre un bruit de souffle des mieux caractérisés dans les vaisseaux du cou ». Cette terminaison de l'érythème noueux ne se rapproche-t-elle pas de celle des fièvres éruptives ? Ne trouvons-nous pas dans

ces dernières la chute de la fièvre coïncidant avec la disparition de l'exanthème, ce réveil des organes, cette desquamation furfuracée, enfin cette anémie intense, persistante et qui démontre bien atteinte profonde subie par l'organisme ?

A ces différentes périodes d'évolution, l'érythème noueux est susceptible de se compliquer et, ici encore, nous trouvons les mêmes complications, avec, il est vrai, des degrés variables, que celles observées au cours des fièvres éruptives.

« La plus fréquente de ces complications, dit Rousseau, est l'endocardite ». Elle a été décrite pour la première fois par Gubler en 1859, par Amiaud en 1879, par le professeur Rondot dans la suite.

Viennent ensuite la pleurésie, la bronchite, la pneumonie, en général peu intenses. Quelques auteurs, Dagrène entre autres, ont signé de l'albuminurie, de la diarrhée, etc. Les articulations peuvent, elles aussi, être le siège soit de douleurs siégeant dans l'interligne articulaire, soit de phénomènes inflammatoires démontrés par du gonflement de l'article, de la chaleur, enfin un épanchement de synovie.

Divers auteurs ont aussi rencontré des localisations au niveau des muqueuses oculaire et buccale. Et toutes ces complications démontrent clairement qu'un poison se trouve dans l'organisme, s'y promène, pour se localiser dans telle partie de cet organisme, dans tel ou tel point faible.

Les ressemblances qui existent *cliniquement* entre les fièvres éruptives et l'érythème noueux nous paraissent probantes, et nous n'avons pas besoin de nous y arrêter plus longuement.

Mais ces ressemblances s'accroissent encore lorsqu'on

considère les trois caractères essentiels des pyrexies exanthémateuses : l'immunité, l'épidémicité, la contagiosité.

II. ETUDE ETIOLOGIQUE.

Immunité. — D'une façon générale, les fièvres éruptives confèrent l'immunité à l'organisme qu'elles frappent. En est-il de même de la dermatite contusiforme ?

Les cas de récurrence publiés jusqu'à ce jour sont rares.

Moriceau pense que l'érythème noueux peut récidiver, mais il n'en a vu qu'un exemple.

Sée rapporte le cas d'un malade atteint par cette affection deux années de suite ; Comby a vu la maladie récidiver chez une jeune fille de quatorze ans.

Nous donnons plus loin une observation de Besnier ; chez ce malade, un érythème est survenu pour la deuxième fois à quatre ans d'intervalle. Eruption d'érythème noueux et d'érythème induré aux membres inférieurs, d'érythème papuleux aux membres supérieurs et à la face (*Observation I^{re}*). Ces faits, peu nombreux du reste, constituent évidemment l'exception ; d'autant plus que les cas cités paraissent, celui de Moriceau tout au moins rentrer dans la catégorie des érythèmes secondaires et non de l'érythème noueux primitif.

Ces quelques cas de récurrence de l'érythème noueux ont été invoqués par les non-partisans de la doctrine infectieuse ; mais n'y a-t-il pas des exemples de récurrences parmi les fièvres éruptives ?

Epidémicité. — Les fièvres éruptives sont épidémiques : l'érythème noueux possède-t-il ce caractère ?

Les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour affirmer que les malades atteints de dermatite contusiforme sont

plus fréquents à telle époque de l'année qu'à telle autre. Kaposi signale le printemps et l'automne, moments où sévissent d'habitude les fièvres éruptives.

« Un fait facile à constater à l'hôpital, dit Paulouch et
« qu'il nous a été permis de vérifier après beaucoup
« d'autres, est que les malades atteints de dermatite
« contusifforme ne se présentent jamais d'une façon
« isolée et échelonnée ; ils viennent, tout au contraire,
« en nombre, à certaines époques plutôt qu'à d'autres. »

« L'influence du froid humide, dit Bergeron, et des variations de température, dans la maladie qui nous occupe, ne saurait être mise en doute ».

« Begbie et Cook ont noté avec soin le développement des épidémies dont ils nous ont donné la description ; elles se sont développées au printemps et à l'automne, à la suite de brouillards froids et humides, ou d'alternatives de froid et de chaleur . . . A l'hôpital Saint-Louis, où la consultation amène chaque jour un nombre considérable de malades, on peut facilement se convaincre du rôle que jouent les changements de température dans la production des érythèmes noueux. Il est rare qu'un cas se présente seul, et on en remarque constamment plusieurs autres, soit le même jour, soit les jours suivants. »

Laissons la parole à Amiaud ; voici comment il s'exprime dans sa thèse inaugurale :

On a attribué aux constitutions médicales une influence très grande sur la fréquence de l'érythème noueux. On voit souvent des érythèmes noueux se multiplier à certaines périodes ; à d'autres au contraire on en trouve à peine quelques-uns. En effet dans l'espace d'un mois cette année ne m'a-t-il pas été donné de voir à l'hôpital Sainte-Eugénie cinq enfants atteints d'érythème noueux, et un

autre qui a été traité à la consultation. Pendant les huit mois précédents, c'est à peine si j'avais pu en voir un cas. M. Bergeon a suivi les consultations de Saint-Louis pendant longtemps et il dit dans sa thèse que les malades atteints d'érythème noueux arrivent en masse à certaines périodes de l'année, puis manquent absolument à d'autres époques.

Certains auteurs ont prétendu que la plupart des assertions qui ont été émises sur l'influence des constitutions médicales étaient dépourvues de fondements.

Ils ont fait intervenir l'influence saisonnière et ont dit qu'ils n'avaient jamais vu dans les fluctuations numériques de l'érythème noueux, rien qui fût en dehors des conditions saisonnières. Il est bien certain que si l'érythème noueux est une affection permanente, pouvant se montrer dans toutes les saisons, elle subit aussi quelque explosion dans les changements de saison et au moment surtout des saisons froides et humides. Le printemps et l'automne paraissent particulièrement favorables à la genèse de cette affection, et fournir les conditions les meilleures pour son développement. En effet la cause la plus fréquente que tous les auteurs ont signalée est le refroidissement brusque, le changement de température, et l'action du froid humide.

Paulouch, dans le service de Comby, a noté huit observations d'érythème noueux dans deux mois, tandis qu'il n'en avait pas noté une seule dans les onze mois précédents.

Le Gall affirme avoir observé en Bosnie une épidémie de dermatite contusifforme qui ne subit aucune interruption entre le mois de janvier et le mois de septembre 1857, frappant d'abord les gens faibles puis les personnes vigoureuses.

Paulouch a noté également que certaines séries d'années étaient pauvres en fait d'érythèmes noueux, tandis que d'autres en offraient de nombreux cas.

Rousseau, dans le service hospitalier de M. le professeur Moussous, a dressé une statistique donnant la répartition mensuelle des cas d'érythème noueux dans le cours d'une année. Voici ses résultats:

Janvier	6	Juillet	1
Février	9	Août	0
Mars	7	Septembre	3
Avril	10	Octobre	8
Mai	22	Novembre	7
Juin	5	Décembre	11

Monsieur le Professeur Porte de Grenoble, nous dit que le printemps et l'automne sont les deux saisons où on trouve le plus de cas d'érythème noueux.

La dermatite contusiforme offre donc un caractère indéniable d'épidémicité, mais voyons si elle est contagieuse.

Contagiosité. — A priori, dit M. le docteur Comby, cette opinion n'a rien qui choque nos idées, car épidémie et contagion vont ensemble.

Amiaud donne les observations de deux sœurs qui, habitant ensemble, entraient à l'hôpital à douze jours d'intervalle, atteintes toutes les deux d'érythème noueux. Nous résumons plus loin ces deux observations. (*Observations IV^e et V^e*).

Le docteur Para rapporte un cas de contagion d'enfant à enfant.

Trousseau, dans ses cliniques, nous dit que deux garçons d'une même famille furent successivement atteints d'érythème noueux.

Le docteur Lannois rapporte quatre cas de contagion.

Une malade, C. J., 30 ans, entre à l'Hôpital le 24 décembre 1891 pour un érythème noueux; elle avait déjà eu une première atteinte en mai de la même année.

Le 27 décembre, une jeune fille de 19 ans, A. F., soignée dans la même salle pour une fièvre typhoïde, se plaint d'un malaise général. Le 29, on constate une éruption manifeste d'érythème noueux sur les deux genoux, les coudes, la face postérieure de l'avant-bras gauche.

Le 30 décembre, c'est le tour de F. M., 40 ans, qui était soignée pour un rétrécissement mitral. Elle allait bien, et ne présentait plus qu'un peu de dyspnée quand la première malade est entrée dans la salle et fut placée dans un lit juste en face du sien.

Le 3 janvier, l'éruption est complète et le diagnostic d'érythème noueux ne peut être mis en doute.

Le 31 décembre, une autre malade de la salle D. M. est prise aussi d'une éruption qu'il est facile de reconnaître immédiatement pour de l'érythème noueux.

Et le docteur Lannois de conclure :

« En résumé, une malade entre à l'hôpital avec un
« érythème noueux et dans les huit jours qui suivent
« trois autres malades présentent la même affection
« sans que rien dans leurs antécédents, au moins pour
« deux d'entr'elles, (la troisième avait eu trois attaques
« de rhumatisme) semblât les y prédisposer. Toutes
« trois étaient dans le service depuis un temps assez
« long et ne prenaient pas de médicaments auxquels
« on puisse attribuer l'éruption.

« Il faut ajouter que la salle comportait quatre rangées de lits; les trois cas intérieurs se sont tous
« trouvés dans une seule de ces rangées, celle qui faisait
« face à la première malade. On peut objecter que

« l'érythème noueux est fréquent à cette période de
« l'année et qu'il n'y a eu peut-être qu'une simple
« coïncidence. Toutefois l'idée de contagion vient à
« l'esprit. C'est une explication naturelle ».

Appert signale, en 1890, une petite épidémie d'érythème noueux, survenue, dans l'espace de huit jours chez sept enfants d'une même famille, et suivie de complications pulmonaires graves.

Guilland dans sa thèse, rapporte des cas de contagion observés à Tours au 60^{me} régiment de ligne. Les hommes qui ont été atteints, faisaient partie de la même compagnie et sur les six, trois couchaient dans la même chambre, et les trois autres dans la chambre voisine. Il n'y avait aucun autre cas dans les différentes compagnies.

Le professeur Moussous rapporte, dans les « Archives de Médecine des enfants de juillet 1901 », deux cas de contagion arrivés dans son service hospitalier :

Une enfant de quatorze ans entre à l'hôpital le 11 janvier, atteinte de dermatite contusifforme. On lui applique le traitement approprié, l'enfant guérit et quitte l'hôpital le 10 février. Dix jours après sa sortie, une de ses voisines est prise d'érythème noueux.

« Ce n'est pas la première fois, dit le professeur Moussous, que j'assiste à une succession de faits du même ordre. Il y a deux ans, semblable chose se produisait dans cette même salle. L'entrée d'une fillette atteinte d'érythème noueux était, au bout de quelques jours, suivie de l'apparition d'un état pathologique analogue chez une autre enfant placée à côté d'elle ».

Enfin nous avons été témoin d'un cas de contagion d'érythème noueux très net.

Pendant notre année d'internat à l'asile départemental des aliénés de la Nièvre, un malade soigné à

l'infirmier pour emphysème pulmonaire est pris subitement d'une fièvre intense avec céphalalgie et délire. (*Observation IV^e*) deux jours après il présente tous les signes de l'érythème noueux. Le veilleur de nuit avait l'habitude de se reposer entre deux rondes près de ce malade ; souvent il sommeillait en s'appuyant sur son lit. Au moment où le malade est en pleine éruption, le veilleur est pris à son tour de douleurs articulaires. Comme c'était un vieux rhumatisant, pensant à une poussée nouvelle, on lui administre une potion au salicylate de soude.

Trois jours après, des taches rouges apparaissent autour de l'articulation du genou gauche ; les symptômes généraux s'aggravent ; fièvre, courbature, insomnie, etc. Le quatrième jour ; le doute n'est plus possible, l'infirmier est atteint à son tour d'érythème noueux. Nous donnons plus loin son observation. (*Observation VII^e*).

Nous avons cité un nombre de faits suffisants (et il en existe bien d'autres dans l'histoire de l'érythème noueux) pour que nous admettions sans conteste la contagiosité de la dermatite contusifforme.

Mais pourquoi cette maladie infectieuse ne nous donne-t-elle si peu d'exemples de contagion ?

Cela tiendrait, disent MM. Comby et Moussous, au peu de virulence de l'agent pathogène. La bénignité de l'affection, le nombre restreint de malades atteints, démontrent assez cette faible virulence. Puis la contagiosité ne s'étend guère, ne dépasse point, le plus souvent, la famille dans laquelle la dermatite contusifforme a fait son apparition.

Resterait maintenant à connaître l'agent pathogène. L'agent morbide, cause de l'érythème noueux, est encore

ignoré tout comme celui de la rougeole, de la scarlatine, de la varicelle, etc.

Il faut cependant signaler les travaux de Gibier, d'Hirschfeld, de Juguikel, de Fraenkel, de Mantle.

Considérant l'érythème comme une maladie infectieuse dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrome, on devait en arriver à rechercher dans les lésions de la peau le germe infectieux qui semble devoir s'y localiser, comme il se localise dans tous les exanthèmes qui sont dus, d'après Brieger, à des embolies parasitaires.

Les recherches ont surtout porté sur la sérosité des bulles érythémateuses.

Guilland a essayé d'innoculer à un homme du liquide obtenu par la ponction d'une nouure ; le résultat a été négatif. Le docteur Fabre de Commentry n'a pas été plus heureux dans ses expériences d'innoculation.

En 1880, Spillmann observe dans la sérosité des bulles d'un pemphigus aigu « des batonnets très courts analogues à ceux de la fièvre puerpérale ».

En 1882, Gibier décrit une bactérie qu'il a trouvée dans le liquide des bulles fraîches et dans l'urine d'un malade atteint d'érythème. Ces bactéries, douées d'une grande mobilité, sont ordinairement réunies en articles de 2 à 20 ; elles ont une largeur de 2^µ sur 4 à 40^µ de longueur ; il a pu les reproduire en cultivant le liquide des bulles et l'urine ; leur inoculation était sans résultat.

En 1887, Haushalter pratique des recherches sur quelques cas d'érythème qui se sont présentés à la clinique du professeur Spillmann. (Erythème papuleux, E. noueux, E. papulo-noureux). La culture de la sérosité recueillie a donné naissance sur agar-agar, gélatine peptonisée, à des colonies qui se présentaient au bout

de quelques jours sous l'aspect de pellicules d'un blanc sale ; les cultures devenaient apparentes trois ou quatre jours après l'ensemencement à la température de 15° à 20° ; elles ne liquéfiaient pas la gélatine. Une petite parcelle de ces colonies, examinée dans une goutte d'eau distillée faiblement colorée au violet de gentiane, se montrait formée de microcoques arrondis ; très rarement isolés, ces microcoques étaient ordinairement réunis deux par deux, ou en chaînette ; ces chaînettes étaient animées d'un mouvement d'oscillation sur elles-mêmes et de progression ; des inoculations ont été faites à de jeunes cobayes qui sont morts dix heures après. Dans les cultures faites avec leur sang on a trouvé les mêmes colonies composées des mêmes microcoques.

En 1888, Simon et Legrain ont repris les expériences de Haushalter ; ils ont trouvé dans le sang recueilli au niveau d'une plaque d'érythème deux microbes : un blanc qui fut considéré comme identique à celui de Haushalter et un microbe jaune ne ressemblant à aucune des espèces connues.

En 1890, Luzzato fit des recherches sur le sang d'une femme de 72 ans atteinte d'érythème occupant les membres inférieurs, le thorax, sous forme de taches rouges confluentes, puis de papules rouges sur les mêmes régions et sur les doigts. Le sang recueilli par piqûre au niveau d'une tache, renfermait des microcoques mobiles qui se cultivaient facilement dans le bouillon, la gélatine liquide, sur l'agar-agar et sur les pommes de terre. L'inoculation de la culture ne produisit rien sur le cobaye, mais détermina la mort des souris et des lapins. Le sang de ces derniers renfermait des microcoques ayant les mêmes caractères que ceux contenus dans le

sang de la malade. Luzzato se croit en présence de l'organisme spécifique de l'érythème.

Quoi qu'il en soit, il est fort possible que le microbe blanc, décrit par Haushalter, Simon, Legrain, Luzzato, soit l'agent pathogène, virulent de l'érythème. Il se peut aussi que l'affection ne soit pas due à un seul parasite, mais à une association microbienne.

En tous les cas, il serait bon que des examens bactériologiques fussent répétés sur des liquides organiques de malades atteints d'érythème nouveau.

Si on pouvait isoler dans de nombreux cas le même parasite, nul doute qu'il serait bien le microbe de l'érythème fébrile.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Erythème survenant pour la deuxième fois à quatre ans d'intervalle.
(Service de E. BESNIER, Th. de MOLHÉNE).

C. B. 60 ans, femme de ménage, entre à Saint-Louis, dans le service de E. Besnier.

Antécédents. — Gourme dans l'enfance, leucorrhée, érysipèle de la face il y a douze ans. Il y quatre ans, première atteinte d'érythème papulo-nouveaux des membres supérieurs et inférieurs, soignée et guérie en un mois à l'hôpital Lariboisière.

Assez bonne santé habituelle.

Il y a quinze jours, sans cause connue, la malade ressentit de la céphalalgie, de l'angine avec fièvre assez vive durant quatre ou cinq jours. Puis des taches rouges apparurent sur le dos des mains s'accompagnant de picotements, de raideur dans les mouvements. A peu près à la même époque apparut l'éruption sur les jambes.

Etat actuel. — Les lésions siègent :

1° Sur le dos des mains et à la partie inférieure des avant-bras.

2° Sur la partie inférieure des cuisses et sur les jambes.

Au niveau du bord cubital de l'avant-bras droit en arrière, on constata quelques saillies violacées, irrégulières ayant le volume d'un pois, formant relief sur les parties avoisinantes, enchassées dans la peau. Leur coloration s'efface sous le doigt. A côté de ces saillies on trouve de simples taches sans forme bien déterminée de coloration rosée.

Sur le dos des mains on constate, outre des éléments semblables, des plaques plus étendues, violacées et saillantes, dues à la confluence des éléments papuleux. Enfin, aux environs de la racine des doigts ce sont de véritables placards irréguliers, de forme et d'étendue occupant une surface large, violacée, sans saillie, un peu fendillés, secs et froids et n'existant au dire de la malade, que depuis quinze jours.

Au dessus de la base de la rotule, symétriquement, se voient deux placards rouges, chauds, légèrement douloureux à la pression, de forme ovalaire, pouvant être nettement limités par le doigt, développés profondément dans l'épaisseur du derme, de consistance assez ferme, et formant un léger bourrelet à leur périphérie. Sur les jambes en avant, quelques nodosités arrondies, de teinte plus ou moins accusée (érythème noueux) et également douloureuses. Sur la face au niveau de la tubérosité du maxillaire droit, il y a deux taches violacées.

Traitement alcalin.

La maladie sort le 15^{me} jour.

OBSERVATION II

Erythème papulo-nouveux avec état typhoïde.
(DEVERGIE, Traité pratique des maladies de la peau).

Le 9 décembre est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, la nommée S..., âgée de vingt ans, cuisinière. Cette fille, très lymphatique, est fréquemment indisposée. Elle est réglée depuis l'âge de 15 ans toujours régulièrement. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle a eu ses règles qui ont duré quatre jours. Le dernier jour de l'écoulement menstruel, elle eut dans sa maison un service extraordinaire et très fatigant et le lendemain elle fut prise de douleurs dans les membres, de céphalalgie, de fièvre, d'inappétence. Une saignée fut faite et un pédiluve ordonné. Le lendemain la fièvre augmenta, il y eut de la diarrhée, des vomissements et l'on vit apparaître sur la face une rougeur vive qui, débutant par la joue gauche s'étendit bientôt à la joue droite, au menton et un peu au front.

Quelques plaques rouges apparurent aussi aux jambes et aux genoux. La face était le siège d'une chaleur considérable. Quatre jours après le début de la maladie, les symptômes d'une bronchite se manifestèrent et, au septième jour la malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, elle était très abattue, on voyait sur chaque joue deux ou trois plaques érythémateuses plus grandes qu'une pièce de deux francs, d'un rose clair, dont la rougeur disparaissait sous la pression du doigt.

Chacune d'elles était entourée d'un cercle rouge foncé, plus élevé que le centre de la plaque et dont la saillie était facilement sentie en promenant la main sur

la joue. Dans l'intervalle de ces plaques, la peau avait une couleur rouge vif et formait ainsi un fond uniforme, sur lequel le cercle rouge foncé se détachait parfaitement. Les plaques et le fond sur lequel elles reposaient formaient par leur ensemble une surface oblongue d'un rouge vif, obliquement dirigée de la pommette vers l'angle de la mâchoire, tranchant fortement par sa coloration avec la peau du reste de la joue. Au menton existait une plaque plus petite, mais en tout semblable aux précédentes. Sur les jambes, au voisinage des genoux, de petites plaques érythémateuses formant des saillies arrondies représentant tout à fait l'érythème nouveau.

Il y avait quelques râles sibilants dans la poitrine, les crachats étaient muqueux, la peau chaude, le pouls assez calme, pas de douleurs de tête.

Pendant les trois premiers jours, l'état de la malade resta assez satisfaisant. Mais dans la nuit du troisième au quatrième, la fièvre s'alluma, il y eut des nausées, de la céphalgie, un peu de diarrhée. Le lendemain matin, bain d'air chaud ; le 14 décembre un peu plus de calme, toutefois toujours des nausées, 1 gr. 40 d'ipéca. Dans la journée, les vomissements furent assez abondants, toujours un peu de diarrhée, pas de fièvre. Les 15, 16, 17 décembre, la fièvre s'est un peu allumée, la diarrhée persiste, la vue est un peu trouble : toujours symptôme du début persistant du côté des voies respiratoires. Un verre d'eau de Sedlitz est ordonné chaque jour.

Le 18. L'abattement est plus marqué, bourdonnements dans les oreilles et un peu de gargouillements dans la fosse iliaque droite ; la langue devient sèche, la peau est chaude et sèche. Bain d'air chaud.

Les 19, 20, 21, la malade est toujours très affaissée ; le dévoiement continue, quatre ou cinq selles liquides par jour ; la céphalalgie a disparu. Bain d'air chaud.

Le 22. Nuit bonne. Le dévoiement continue. Un quart de lavement laudanisé.

Les 23, 24, 25, le dévoiement diminue, deux selles par jour ; la malade est mieux ; mais le soir, vers trois heures, elle est reprise d'une fièvre assez vive qui cesse vers neuf heures.

Les 26, 27. Le mieux se continue, fièvre moins vive le soir, une selle par jour. Peau sèche. Pouls assez vif : la céphalalgie a disparu.

Depuis cette époque et sous l'influence du sulfate de quinine, l'accès de fièvre intermittente s'est dissipé peu à peu.

Voilà donc un érythème symptomatique d'une affection générale à forme typhoïde, suivie d'une fièvre intermittente.

OBSERVATION III (personnelle)

(Poussées successives d'érythème noueux).

B. A., 19 ans et demi, entre à l'hôpital le 4 décembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort en 1904, à la suite d'une pleurésie purulente, seule maladie qu'il ait faite dans le cours de son existence.

Mère ayant joui toute sa vie d'une excellente santé, elle a élevé ses trois enfants au sein.

Pas d'antécédents rhumatismaux dans la famille.

Antécédents personnels. — Notre jeune malade a eu, à l'âge de sept ans la fièvre scarlatine. A onze ans elle

fut soignée pour une bronchite. Depuis elle n'a jamais été malade. C'est, somme toute, une enfant robuste ; elle a été réglée à l'âge de 16 ans, et depuis, a été bien menstruée.

Le 2 décembre, se sentant fatiguée vers 4 heures de l'après-midi, elle se couche.

Elle se plaint de douleurs dans les deux genoux, de violents maux de tête, d'une lassitude générale. Sa mère croit à la grippe qui sévit en ce moment de l'année ; elle la met à la diète lactée, et ne semble pas se préoccuper trop de ce petit malaise. La nuit est mauvaise, la malade se réveille en sursauts, a des cauchemards, pousse de petits gémissements jusqu'à 5 heures du matin, heure à laquelle elle s'endort enfin.

Le 3, journée pénible pour la jeune fille. Les maux de tête redoublent de violence, la langue est sale, la malade ne peut plus supporter le lait qu'elle rend sitôt après l'avoir pris. Elle a des sueurs abondantes ; on décide de la conduire à l'hôpital dans la journée.

Le 4, apparaît sur les bras et les avant-bras une éruption caractérisée par des papules d'étendue variables. La température est à 39°3, le pouls à 128. Les articulations du coude et du genou sont le siège d'une douleur intense. Bientôt, on constate sur les cuisses des taches rouges, confluentes, formant une saillie légère ; elles s'effacent à la pression pour reparaitre bientôt après.

Le 5, des nodosités arrondies se montrent sur les jambes, les cuisses, les bras, les avant-bras. Ce sont de petites nodosités dures, très douloureuses rouge-violet. Les phénomènes généraux s'accroissent : La fièvre monte à 40. Le pouls est à 137, adynamie, vomissements abondants.

Le 6 et le 7, les phénomènes restent stationnaires ; la malade est plongée dans un abattement profond. La fièvre est tombée cependant de 3 dixièmes.

Le 9, les douleurs articulaires tendent à disparaître les éléments nodulaires ont passé du rouge au violet. La température se maintient à 39,6. L'auscultation du cœur ne laisse entendre aucun bruit anormal ;

Le 12, la malade est un peu moins affaissée, la céphalalgie disparaît ; le salicylate de soude qui avait été ordonné dès le premier jour de l'entrée à l'hôpital est supprimé.

Les 13 et 14, le mieux s'accroît, la malade parle de quitter l'hôpital.

Le 16, la température qui était tombée à 37,9 remonte à 39,2. La malade qui avait commencé à s'alimenter est de nouveau prise de vomissements. Sur l'avant-bras droit, apparaissent de nouvelles taches rouges, des papules assez analogues à celles que nous avons observées le premier jour de l'éruption. La malade tousse fréquemment ; l'auscultation nous permet d'entendre de petits rales sous-crépitaux au sommet gauche. La température est à 39,7, le soir à la contre-visite. Quinine 0,75 cent. en trois fois.

Le 18, des nouves s'observent au nombre de six, tout autour du genou droit et au nombre de quatre le long du bord externe du tibia du même côté. Dyspnée légère, expectoration muco-purulente, toux très fréquente. Température à 39,9. On continue la quinine. Nous assistons à une nouvelle poussée d'érythème noueux.

Le 22, tous les symptômes généraux ont disparu. La malade est soignée pour sa toux qui persiste en dépit de tout traitement.

Le 25, la malade est en pleine convalescence. Au bout de huit jours, nouvelles douleurs articulaires et une troisième poussée apparaît.

Enfin le 15 janvier, la malade quitte l'hôpital après avoir eu en l'espace d'un mois trois poussées successives d'érythème noueux.

Nous la revoyons quelque temps après, elle nous dit avoir eu une convalescence très longue et très pénible.

OBSERVATION IV

Cette observation ainsi que celle qui va suivre, est tirée de Amiaud.

Nous résumons ces deux observations à l'appui de la théorie infectieuse, au sujet de la contagiosité. Deux sœurs qui vivaient et habitaient ensemble entrent à l'hôpital à douze jours d'intervalle atteintes toutes deux d'érythème noueux.

La nommée Jolly Blanche, âgée de 6 ans, à l'hôpital de Sainte-Eugénie, le 21 octobre 1878.

Hérédité. — Père, mère, grand-père maternel rhumatisants. La mère a eu à l'âge de 20 ans une éruption d'érythème noueux ; du moins elle raconte avoir eu avant toute attaque de rhumatisme, des taches rouges, douloureuses, ressemblant à celles de sa fille, et siégeant à la face antéro-interne de la jambe, au genou et au coude ; ces taches seraient devenues, au bout de quelque temps, noires comme si elle avait reçu un coup.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Elle a été élevée au sein.

A 3 ans, bronchite bénigne.

A 4 ans, eczéma impétigineux du cuir chevelu.

A 5 ans, dysenterie soignée à Sainte-Eugénie.

Bonnes conditions d'hygiène.

Début. Le 17 octobre, la petite fille est prise en revenant d'un bain, d'une fièvre intense ; elle se couche.

Le 18, fièvre continue, céphalalgie, inappétence.

Le 19, douleurs dans les jambes, apparition de plaques érythémateuses autour de l'articulation du genou, fièvre, diarrhée, insomnie.

Le 20, pouls à 136 ; température 40°1 ; peau chaude ; sur le bord antérieur du tibia des deux côtés, on trouve des papules, grosses comme une pièce de deux francs, indurées, à bords entourés d'une aréole rosée. De chaque côté de la rotule, cinq papules rosées. Douleurs très légères dans les articulations du genou. Pas d'éruption sur les membres supérieurs.

Le 22, pouls à 130 ; T. 39°8. Nuit mauvaise. Potion au salicylate de soude 2 gr.

Le 23, Pouls à 120 ; T. 38°,3. Nuit meilleure. Les nodosités palissent, les douleurs s'atténuent. Pas d'éruption nouvelle.

Le 25, état stationnaire. On supprime le salicylate qui ne paraît pas avoir un bon effet sur la maladie.

Le 26, pouls à 118 ; Température 38°, la langue est toujours blanche et l'enfant est sans appétit. Les taches sont devenues violacées, et toute douleur a disparu.

Le 27, p. 108. T. 37°8.

Le 28, p. 90. T. 37°5. L'enfant s'amuse ; pas de complications cardiaques, ni pulmonaires.

Le 30, l'enfant est en pleine convalescence ; elle part le 10 novembre pour la campagne.

OBSERVATION V. (Amiaud)

La nommée Jolly Jeanne, âgée de 5 ans, entre à l'hô-

pital de Sainte-Eugénie, le 7 novembre, c'est à dire douze jours après sa sœur Blanche.

Antécédents personnels. — Enfant d'une constitution faible, élevée au sein par la mère.

A 18 mois, coqueluche.

A 2 ans, rougeole suivie d'un eczéma impétigineux.

A 3 ans, bronchite soignée à l'hôpital.

Début. — Le 3 novembre, l'enfant a joué comme à l'ordinaire ; elle a bien dormi toute la nuit. Le lendemain, fièvre, céphalalgie, perte d'appétit, soif vive, angine, bronchite. Les saillies érythémateuses apparaissent à la face antéro-interne des jambes. Pas de douleurs articulaires.

Le 5, deux taches nouvelles apparurent sur la fesse droite et au niveau du pli fessier. Douleur dans la hanche droite.

Le 7, T. 38° 4. Rales sibilants dans les deux poumons. Rien au cœur.

Le 8, l'éruption s'accroît normalement ; pas de douleurs articulaires ; l'angine a disparu.

Le 9, la fièvre tombe.

Le 10, les taches disparaissent sans être passées par les différentes teintes des ecchymoses. Plus de douleurs ; l'enfant demande à manger.

Le 11, l'enfant va très bien, elle se lève et se promène dans la salle.

Elle part le 15 en convalescence.

OBSERVATION VI (personnelle).

(Erythème papulo-nouveaux.... deux poussées successives.)

X..., 43 ans, interné à l'asile départemental des alié-

nés de la Charité-sur-Loire (Nièvre) est soigné depuis un certain temps à l'infirmierie pour emphysème pulmonaire.

Antécédents héréditaires. — Renseignements peu précis ; l'observation de ce malade a été prise d'une façon très sommaire.

Antécédents personnels. — Néant jusqu'à son entrée à l'asile. Depuis X. a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. Il présente tous les symptômes d'une insuffisance nitrale classique.

Le 30 novembre, X. se plaint d'un violent mal de tête ; il est tout courbaturé et ses articulations sont très douloureuses. Le soir, tous les membres sont endoloris ; pouls à 138, température à 38°9. Sueurs abondantes, peau très chaude.

Le 1^{er} décembre, le malade accuse des douleurs intolérables quand on veut imprimer le moindre mouvement à ses membres. La langue est recouverte d'un enduit saburral très épais ; inappétence, diarrhée légère. La température est toujours élevée, le pouls rapide. Sur les cuisses, les jambes, le haut de la poitrine, une éruption est apparue, constituée par des papules rosées, d'un diamètre variant de celui d'une lentille à celui d'une pièce de cinquante centimes.

Le 2, les phénomènes généraux s'aggravent : la température est à 40°2, le pouls incomptable, diarrhée, vomissements. On voit des nodosités saillantes, volumineuses, de forme oblongue et de coloration rouge foncé, très dures et très douloureuses à la pression. Ces nodosités sont localisées d'une façon symétrique à la face antéro-externe des jambes, les plus importantes, un peu au-dessous de la tête du péroné (quinine, liniments calmants, potion à l'iodure de sodium).

Le 4, les placards papuleux s'affaissent et pâlissent, les nouures prennent la teinte ecchymotique.

Le 7, nouvelle poussée d'érythème noueux ; des nodosités apparaissent sur le côté externe de l'avant-bras droit. L'état général qui s'était remonté depuis deux jours redevient inquiétant : arthralgie dans les genoux, embarras gastrique, fièvre intense, pouls rapide, vomissements, diarrhée.

Cet état reste stationnaire pendant quatre ou cinq jours, puis les phénomènes s'amendent ; les nodosités pâlissent de nouveau, prennent une teinte violette, jaune, et enfin disparaissent ; les papules ne laissent déjà plus de traces. Convalescence rapide.

OBSERVATION VII (personnelle).

((Erythème papulo-noueux (contagion endocardite)

X., veilleur de nuit à l'asile départemental de la Nièvre.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection chronique de la poitrine. Mère d'une excellente constitution. Pas d'autres antécédents connus.

Antécédents personnels. — Il est très difficile d'avoir des renseignements précis de cet homme. Quelquefois il prétend n'avoir jamais été malade, puis le lendemain, il dira qu'il a souffert toute sa vie de telle ou telle autre affection. Bref, il a eu le mois dernier une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Alcoolique invétéré.

Au mois de décembre 1905, un malade soigné à l'infirmerie pour emphysème pulmonaire, est atteint d'érythème noueux. Entre ses rondes, X. a la déplorable habitude de se reposer et de sommeiller en s'ap-

puyant sur le lit des malades, en particulier sur le lit de notre emphysémateux qui est placé près de la veilleuse.

Le 9 décembre, X. nous fait appeler. Il se plaint de douleurs dans toutes les articulations. Nous lui formulons une potion avec 6 grammes de salicylate de soude à prendre dans la journée, et une pommade analgésique pour frictions sur les articulations douloureuses. Le soir, il continue son service.

Le 10, céphalalgie intense, irritation de la gorge avec gêne de la déglutition, sueurs, vomissements. La température est à 38° 9.

Le 11, on observe sur la face antérieure des jambes de larges plaques rouges, disparaissant sous la pression du doigt. Sur les membres supérieurs et sur les cuisses, l'éruption est constituée par de grosses papules entourées d'un cercle violet. La température est à 39°, le pouls à 124.

Etat général mauvais : courbature, inappétence, insomnie. L'auscultation du cœur nous fait entendre un souffle systolique doux siégeant à la pointe et se prolongeant dans l'aiselle.

Le 12, les taches rouges existent en nombre plus grand autour des articulations du genou et du coude. En pressant ces taches, on sent des nodosités plus ou moins considérables. Léger frottement péricardique.

Les 13, 14 et 15, les phénomènes généraux semblent s'amender : la fièvre est tombée à 38, le pouls est à 95. Les larges plaques rouges observées au début de l'éruption, sur la face antérieure des jambes disparaissent ; celles des membres supérieurs ont pris une teinte franchement ecchymotique.

Le 17 décembre, le veilleur reprend son service.

En somme, des deux observations précédentes, il

résulte qu'une personne préposée à la garde d'un malade atteint d'érythème noueux, le soignant, le touchant de très près, se voit, au bout de quelques jours, atteinte elle-même de la même affection.

CONCLUSION

Qu'on veuille bien, maintenant, nous permettre de jeter un regard en arrière. Nous avons réuni en quatre groupes toutes les opinions qui ont été émises sur la pathogénie de l'érythème noueux. Nous n'avons pas voulu opposer ces théories les unes aux autres, nous les avons simplement classées par ordre d'importance, et discutées après avoir établi le plus nettement possible le principe sur lequel elles s'appuyaient.

Après avoir décrit la théorie dermatologique qui ne présente qu'un intérêt historique, nous nous sommes arrêté plus longuement sur les autres théories.

Celle de Lewin qui fait de l'érythème noueux une angio-névrose est ingénieuse mais par trop hypothétique, comme le lui disait Rosenberg, à la société de médecine de Berlin. On peut se convaincre du reste, en lisant attentivement le mémoire de Lewin qu'il est loin de rejeter la théorie purement infectieuse, puisqu'il explique l'éruption par action nocive du sang chargé de principes infectieux sur les centres vaso-moteurs (excitations directes).

La théorie qui veut que l'érythème noueux soit une dermopathie rhumatismale n'est pas complète. Nous avons vu que la dermatite contusiforme s'observe surtout chez des rhumatisants, mais les cas sont nombreux où elle apparaît chez des sujets indemnes de toute tare rhumatismale.

Du reste, le rhumatisme articulaire aigu n'est-il point une maladie infectieuse et dans ce cas, son microbe pathogène n'aurait-il pas un lien de parenté avec celui de l'érythème noueux ? L'avenir nous le dira.

Bien plus séduisante est cette théorie qui fait de la dermatite contusiforme une pyrexie, une maladie générale, une fièvre éruptive.

Nous avons démontré que l'érythème noueux a toutes les allures d'une maladie générale dont l'exanthème n'est que la manifestation cutanée. Les ressemblances cliniques avec les fièvres éruptives sont en effet profondes, nous l'avons suffisamment prouvé. Nous avons dit également que l'érythème noueux était une maladie épidémique et contagieuse. Si cette spécificité de la dermatite n'est pas, aujourd'hui, plus amplement démontrée, c'est à cause du peu de virulence du germe pathogène.

La dermatite contusiforme nous paraît donc avoir une place à part dans le cadre nosologique : on peut le classer parmi les fièvres éruptives.

Toutefois, il faudrait d'autres exemples, d'autres études spéciales, concernant surtout la bactériologie, pour que la nature de l'érythème noueux soit définitivement admise comme telle.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1823.
ALIBERT. — Monographies des dermatoses. Paris, 1832.
AMIAUD. — Thèse de Paris, 1879.
ARNAUD. — Thèse de Lyon, 1883.
BAZIN. — Affections de nature arthritique et dartreuse.
BESNIER. — Traduc. et ann. des leçons sur les maladies de la peau par Kaposi, 1891.
CAZENAVÉ. — Abrégé pratique des maladies de la peau, Paris, 1847.
COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.
COMBY. — Ann. de dermat., 1890.
COMBY. — Soc. Médic. des Hôpit. de Paris, 1890.
CHOMEL, Thèse de Paris, 1813.
COULAUD. — Erythème papuleux et Rhumatisme. Arch. Méd., 1874.
CRUVEILLER. — Thèse de Paris, 1812.
DEMAI DE CERTANS. — Sur la pathog. de l'éryth. noueux, 1902.
DE MOLHÈNES MAHON. — Thèse de Paris, 1884.
DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau, 1837.
DOYON. — Trad. et ann. des leçons de Kaposi, 1871.
DRIVON. — Des éruptions rhumatismales. Thèse de Montpellier.
FABRE (de Commentry). De la maladie de Hèbra, 1883.
FERRAND. — Thèse de Paris, 1862.
GAILLETON. — Traité des maladies de la peau, 1874.
GIBIER. — Ann. de Bernat, 1882.
GILEBERT. — Monographie du pemphigus, Lyon, 1810.
GUILLAND. — Thèse de Bordeaux.
HALLOPEAU et TUFFIER. — Soc. Médic. des Hôpit., 1889.
HARDY. — Leçons sur les maladies de la peau, 1857.
HARDY. — Gazette des Hôpitaux, 1879.
HAUSHALTER. — Ann. de dermat. 1887.

- HÉBRA. — Traité des maladies de la peau. Traduction Doyon.
JACCOND. — Traité de pathologie interne.
KAPOSI. — Leçons sur les maladies de la peau, 1881.
KOEBSNER. Archiv. Fur Dermat. und Syphil., 1869.
LANNOIS. — Ann. de Dermat., 1892.
LEGRAIN. — Ann. de Dermat., 1888.
LOEWIN. — Erythème exudatif multiforme. Charité annalèm, Berlin, 1878.
LUZZATO. — Ann. de Dermat. 1890.
MONCORVO. — Gaz. hebdom. 1893.
MORICEAU. — De l'érythème noueux, Thèse de Paris, 1861.
NEUMANN. — Traité des maladies de la peau, Traduc. Darin, Paris, 1880.
NODET. — Thèse de Lyon, 1880.
GEHME. — Archiv. der Heil. Bd., 1871.
ORILLARD. — Journal de médecine moderne, 1893.
RAYER. — Traité des maladies de la peau, 1835.
RICHARDIÈRE. — Ann. de dermat., 1882.
RONDOT. — Erythème noueux fébrile et ses complications, 1883.
ROUSSEAU. — Thèse de Paris.
SABOUREAU. — Journal de médecine moderne, 1893.
SCHOENLENN. — Peliose rhumatismale, 1829.
SEE et TALAMON. — Progrès médical, 1883.
SHANAHAN. — De l'érythème noueux. Thèse de Paris.
SIRENDEY. — Ann. de Dermat., 1872.
SIMON. — Ann. de Dermat., 1888.
SPILLMANN. — Ann. de Dermat., 1880.
TARDIEU. — Traité de Pathologie médicale.
TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, T. 1.
VIGLA. — Bull. de la Société médic. des Hôpit.
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 4 Mars 1908.
Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Le Vice-Président,
MAIRET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 4 Mars 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Avant-propos.....	9
Introduction.....	11
Chapitre I. — Théorie dermatologique.....	14
Chapitre II. — Théorie angio-névrotique.....	19
Chapitre III. — Théorie rhumatismale.....	29
Chapitre IV. — Théorie infectieuse.....	39
Chapitre V. — Observations.....	57
Conclusions.....	71
Index bibliographique	73

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent : et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
